

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'APPLICAZIONE  
DI ALIQUOTA E DETRAZIONI PER ABITAZIONE PRINCIPALE AI FINI IMU  
Anziani o disabili che acquisiscono la residenza in istituti di ricovero o sanitari a  
seguito di ricovero permanente**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_ Tel.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, proprietario/usufruttuario/titolare del diritto d'uso o abitazione/locatario finanziario dei  
seguenti immobili siti nel Vostro territorio:

indirizzo		Estremi catastali					
Via/n.c.	Int	Foglio	P.IIa	Sub	Categ.	Possesso %	Rendita catastale

**DICHIARA**  
ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali e della revoca dei benefici previsti per le  
dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi ( art.76, D.P.R. 445/2000)

che a decorrere dal  l'immobile sopra riportato soddisfa le seguenti condizioni:

- risulta vuoto in quanto il sottoscritto, per ragioni di salute, ha acquisito la residenza presso il seguente **istituto di ricovero/sanitario** \_\_\_\_\_  
a seguito di ricovero permanente;
- non è stato concesso in locazione o in altro uso.

Pertanto, ai fini IMU, l'immobile sopra riportato può essere considerato direttamente adibito ad abitazione principale del sottoscritto.

Il dichiarante autorizza il trattamento dei propri dati personali che verrà svolto nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, con criteri di liceità e correttezza, ai fini dello svolgimento delle funzioni istituzionali del Comune.

Si allega: copia documento d'identità;

.....

(luogo, data)

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_